

SAN LUIS OBISPO COUNTY PROBATION DEPARTMENT

1730 Bishop Street
 San Luis Obispo, CA 93401
 (805) 781-5300
 Fax: (805) 781-1231

MONTHLY REPORT

Return this form by the 5th of each month

DATE:

Probation Officer's Name:		Address Changed? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Probationer Name:	DOB:	Home Ph:	Cell Ph:
Street Address, City, Zip:			
Mailing Address (if different):			
Email Address:			
School Attending:		School Address:	
Name of person(s) with whom you are living (and their relationship to you) :			

#1 Employer:		Address:	
Date Began:	Phone:	Hours per Week:	Type of Work:
Job Title:	Monthly Income:		

Is Probation status known to employer #1? Y N

Other income source(s):

Amount per month:

Vehicle Info.	Year	Make	Color	Description

Any Law Enforcement contact, arrest, or citation since last report? Yes No

If yes, by which agency?

When: Charges:

Court Hearing Date: Sentence:

Have you made a fine or restitution payment during the past month? Yes No

If yes, how much? \$

If you were ordered to attend counseling, are you attending? Yes No

If yes, with whom?

Date of last session attended:

SEND PAYMENTS BY CASHIER'S CHECK, PERSONAL CHECK or MONEY ORDER

Make all payments payable to: County of San Luis Obispo Probation Department

NSF Fee of \$35 for Returned Checks

Your Comments:

Amount enclosed: \$

Your Signature REQUIRED

Date:

I need more forms

DEPARTAMENTO DE LIBERTAD CONDICIONAL DEL CONDADO DE SAN LUIS OBISPO

1730 Bishop Street
 San Luis Obispo, CA 93401
 (805) 781-5300
 Fax: (805) 781-1231

REPORTE MENSUAL

Devuelva este formulario antes del dia 5 de cada mes

FECHA:

Nombre de Su Oficial:		Ha Cambiado su Direccion? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre de la persona bajo libertad condicional:	Fecha de Nacimiento:	Teléfono:	Celular:
Domicilio:			
Apdo. Postal (P.O. Box):			
Direccion de Correo Electrónico:			
Escuela a que asiste:	Dirección de escuela:		
Nombre de la(s) persona(s) con que vive (y otros miembros de familia que viven en su hogar) :			

Nombre de su EMPLEADOR #1:		Dirección:	
Fecha de comienzo:	Teléfono:	Horas que trabaja por semana:	Tipo de trabajo:
Su puesto de trabajo:	El mes pasado gané(Ingresos):		
¿Sabe su empleador #1 de su estado de libertad condicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros ingresos y cantidad por mes:			

Vehículo(s) Año	Marca	Color	Descripción de su vehículo

¿Algún contacto con la policía, arresto, o multa desde el último reporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Con cual agencia?
Quando:	Cargos:	
Fecha de la audiencia:	Sentencia:	
¿Ha pagado alguna multa o restitucion el último mes? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Si lo ha hecho, cuánto pago? \$
¿Si se le ordenó? ¿Que asistiera a consejeria, lo está haciendo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Con quién?
Fecha de la última sesión a que asistió:		

ENVIE PAGOS POR MEDIO DE CHEQUE BANCARIO, CHEQUE PERSONAL O GIRO POSTAL
 Haga todos los pagos a nombre de : Departamento de Libertad Condicional del Condado de San Luis Obispo
 Los cheques devueltos por falta de fondos llevan una multa de \$35.00

Sus comentarios:	
Cantidad enviada:\$ _____	Fecha: _____
Se REQUIERE su firma	
Necesito más formularios <input type="checkbox"/>	